1886-1887 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX
N° 42

# QUELQUES CAS
DE
# TYPHLITE
OBSERVÉS
## A L'HOPITAL MARITIME DE BREST

## THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 1er AVRIL 1887*

PAR

François-Xavier SALAUN
AIDE-MÉDECIN DE LA MARINE
**Né à Quimper (Finistère), le 3 Décembre 1861**

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.**

Noms des Examinateurs :
MM. De FLEURY, *Président.*
DEMONS.
LANDE.
PIÉCHAUD.

BORDEAUX
*Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD*
**91, Rue Porte-Dijeaux, 91**
**1887**

1886-1887 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX N° 42

# QUELQUES CAS
DE
# TYPHLITE
OBSERVÉS
## A L'HOPITAL MARITIME DE BREST

## THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 1er AVRIL 1887*

PAR

FRANÇOIS-XAVIER SALAUN
AIDE-MÉDECIN DE LA MARINE
**Né à Quimper (Finistère), le 3 Décembre 1861**

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

DES EXAMINATEURS
MM. DE FLEURY, *Président.*
DEMONS.
LANDE.
PIÉCHAUD.

BORDEAUX
*Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD*
**91, Rue Porte-Dijeaux, 91**
**1887**

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
## DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. — M. DENUCÉ.. Doyen honoraire.

### PROFESSEURS

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
BITOT..... }
MICÉ..... }

| | Messieurs |
|---|---|
| Anatomie | BOUCHARD. |
| Physiologie | ORÉ. |
| Physique | MERGET. |
| Chimie | BLAREZ. |
| Histoire naturelle | GUILLAUD. |
| Pathologie et thérapeutique générales | VERGELY. |
| Pathologie interne | DUPUY. |
| Pathologie externe | AZAM. |
| Anatomie pathologique | COYNE. |
| Histologie et Anatomie générale | VIAULT. |
| Médecine opératoire | MASSE. |
| Pharmacie | FIGUIER. |
| Thérapeutique | DE FLEURY |
| Hygiène | LAYET. |
| Médecine légale | MORACHE. |
| Médecine expérimentale | JOLYET. |
| Matière médicale | PERRENS. |
| Clinique médicale | PICOT. PITRES. |
| Clinique chirurgicale | DEMONS. LANELONGUE. |
| Clinique obstétricale | MOUSSOUS. |
| Clinique ophtalmologique | BADAL. |

### AGRÉGÉS EN EXERCICE :

| | |
|---|---|
| SECTION DE MÉDECINE | |
| Pathologie interne et Médecine légale | ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. LANDE. |
| SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS | |
| Pathologie externe | BOURSIER. PIÉCHAUD. LAGRANGE. POUSSON DENUCÉ. DUDON. |
| Accouchements | LEFOUR. |
| SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES | |
| Anatomie et Physiologie | PLANTEAU. FERRÉ. |
| Histoire naturelle | NABIAS. |
| SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES | |
| Physique | BERGONIÉ. |
| Chimie et Toxicologie | N. |
| Pharmacie | CARLES. |

### CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enf. MM. NÉGRIÉ | Maladies vénériennes. MM. VENOT.
Clinique chir. des enf. BITOT. | Maladies mentales... N.

### COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... CARLES, agrégé.

*Le Secrétaire de la Faculté,* LEMAIRE.

---

**La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.**

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

---

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

## MONSIEUR LE DOCTEUR DE FLEURY

*Professeur de thérapeutique à la Faculté de Bordeaux.*

---

## A MONSIEUR DUCHATEAU

*Professeur à l'Ecole de Médecine navale de Brest.*

# INTRODUCTION

Si l'on consulte les auteurs qui se sont occupés de la typhlite, on voit que l'inflammation du cœcum n'a été séparée nettement de celle des autres parties de l'intestin que depuis une cinquantaine d'années. Les premiers travaux qui préparèrent cette séparation furent faits sur les abcès de la fosse iliaque droite. Citons par ordre de date, dit Luton, « les noms de Dance et de Husson « (1827), qui invoquent à leur tour l'enseignement de « Dupuytren ; de P. Menière (1828) ; de J. Burne « (1838) ; d'Albers de Bonn (1838) ; de Grisolle (1839), « et de tant d'autres, sans compter les observations par- « ticulières qui sont rapportées dans les recueils pério- « diques. Mais on peut dire que le sujet n'a acquis sa « véritable signification que du jour où la pathogénie

« des affections de la fosse iliaque droite a été bien « établie, c'est-à-dire vers l'année 1838 sous l'influence « des mémoires de Burne et d'Albers de Bonn qui ont « vulgarisé parmi nous les expressions de typhlite et de « péri-typhlite. »

Plus près de nous, en 1868, dans une thèse de Paris, le Dr Blatin reprend cette étude — et en 1875, le Dr Paulier (thèse de Paris), dans un travail remarquable, discute les opinions émises avant lui, reprend à nouveau l'étude de la typhlite en s'appuyant sur de nombreuses observations.

Après tant de recherches faites par des maîtres connus de tous, nous ne pouvions songer, sans prétention, à reprendre cette question dans son ensemble. Aussi notre but est-il plus modeste. Ayant remarqué qu'à bord des navires, et même dans les hôpitaux à terre, les médecins de la marine se trouvent assez fréquemment en présence de cas de typhlite, nous avons recueilli, dans diverses salles de l'hôpital maritime de Brest, plusieurs observations concernant des malades atteints de cette affection. Nous les publions ici, pensant qu'elles offriront peut-être quelque intérêt, et dans ce travail, outre l'exposé de ces observations et leur rapide discussion, nous chercherons à établir pourquoi on constate cette fréquence relative de la typhlite, dans l'armée de

mer, chez les marins, les soldats d'artillerie et d'infanterie de marine; et nous verrons que, dans leur genre de vie, dans les influences qu'ils subissent, il existe peut-être quelques causes capables d'amener plus facilement chez eux que chez les hommes exerçant d'autres professions, la typhlite et la perityphlite avec toutes leurs conséquences.

Dans une première partie, nous résumerons rapidement l'étiologie, les symptômes, les complications, les terminaisons, etc., de la typhlite; dans la seconde, nous exposons quelques-unes des observations dont nous avons parlé plus haut.

# QUELQUES CAS DE TYPHLITE

OBSERVÉS A

## L'HOPITAL MARITIME DE BREST

---

*PREMIÈRE PARTIE*

---

### I

### De la typhlite en général.

---

#### § 1. — Etiologie.

Les causes de l'inflammation du cœcum sont très variables. On peut les rattacher avec Luton :

1° Aux dispositions anatomiques de la région ;

2° Aux affections propres du cœcum et de son appendice, comprenant les corps étrangers, l'inflammation, l'ulcération, la gangrène, la perforation, etc.;

3° A quelques influences accessoires résultant de l'âge, du sexe, du régime, des habitudes, de la profession, etc.

1° *Conditions anatomiques de la région.*

Etant donnés la situation de cœcum, le cul-de-sac qu'il présente, on comprend facilement que les matières intestinales aient une tendance à y séjourner. A mesure que ces matières parcourent l'intestin grêle, leur consistance augmente; et, lorsqu'elles pénètrent dans le gros intestin, elles ne sont déjà plus, à vrai dire, qu'un résidu destiné à l'expulsion. Or, le cœcum se trouve, pour ainsi dire, en dehors du courant, de la route qui va de l'intestin grêle au rectum.

Que les contractions lentes, péristaltiques de l'intestin, viennent à diminuer où à s'arrêter, que les matières soient dures ou abondantes, c'est de préférence dans cette partie du gros intestin qu'elles séjourneront.

L'appendice vermiculaire lui-même est creusé d'un canal occupant toute sa longueur; ce canal communique, en haut, avec la cavité du cœcum, par un orifice très étroit chez certains individus, mais évasé et infundibuliforme chez d'autres. Si des corps étrangers ou des matières dures et fragmentées ou des vers intestinaux séjournent dans le cul-de-sac, ces corps pourront pénétrer dans l'appendice cœcal et déterminer, là, une inflammation qui se propagera au cœcum et amènera même la perforation de cet appendice.

Voilà donc une première cause de typhlite.

Les rapports de voisinage amènent également dans cette région des phlegmasies et des abcès formés loin de là. C'est ainsi que les abcès par congestion, nés sur le côté droit des vertèbres dorsales ou lombaires s'y donnent rendez-vous.

Dans ce cas, la typhlite est secondaire, la périty phlite est primitive.

2° *Affections propres du cœcum et de son appendice.*

Nous pouvons ranger ici toutes les causes qui amènent l'inflammation directe du cœcum. Ce sont les causes qui produisent l'entérite. Une foule de corps étrangers peuvent causer cette inflammation; on en a cité de nombreux exemples. Ce sont des noyaux de fruits, des grains de plomb, des fragments d'os, etc., etc.

Il y a quelques années, à l'hôpital maritime de Brest, un jeune aspirant fut atteint d'une typhlite, dont le point de départ avait été une accumulation de noyaux de cerises dans le cœcum.

D'autres fois, ce sont des vers intestinaux et, particulièrement, des ascarides lombricoïdes qui jouent, par leur réunion, le rôle de corps étrangers.

Mais les matières stercocales, durcies, fragmentées par leur séjour prolongé dans la première portion du gros intestin, produisent le plus fréquemment la typhlite primitive, qui prend alors le nom de typhlite stercocale.

Nous n'insisterons pas sur les autres causes de typhlite qui donnent lieu à autant de formes. Celles-ci sont principalement : 1· la typhlite rhumatismale, 2· la scrofuleuse.

Il faut y joindre les typhlites catarrhale, typhoïde et tuberculeuse et, enfin, la typhlite aiguë perforante.

Enfin, toute affection du rectum, du colon transverse, pouvant gêner le cours des matières fécales, déterminera une stagnation de ces matières dans le cœcum et une inflammation consécutive.

*3° Causes générales.*

L'âge : La typhlite est plus fréquente de 15 à 30 ans, d'après la plupart des statistiques.

Le sexe : on la trouve surtout chez les hommes.

La constitution, le tempérament, les professions, etc.

Telles sont les causes les plus fréquentes de la typhlite. Au point de vue qui nous occupe, laquelle de ces causes doit être surtout incriminée ? Laquelle de ces causes produira le plus fréquemment la typhlite chez les gens de mer et les soldats d'artillerie et d'infanterie de marine ?

Il faut d'abord écarter les causes venant de maladies générales, telles que la fièvre typhoïde (ulcérations de l'intestin grêle, propagation de l'inflammation aux follicules clos du cœcum), la tuberculose, le cancer.

De même, il faut écarter aussi les inflammations de voisinage, l'ingestion de corps étrangers, etc.

Ces maladies peuvent assurément se rencontrer dans la marine comme partout ailleurs. Elles ne sont même pas rares. Mais enfin elles ne présentent rien de particulier chez les marins qui y sont exposés comme tout le monde.

La cause la plus fréquente, celle qu'on retrouve le plus souvent dans nos hôpitaux, c'est l'accumulation de matières stercorales dans le cœcum :

La typhlite stercorale a été niée pendant longtemps. Le professeur Béhier, dit le Dr Blatin, pense que à moins d'accumulation considérable, les matières fécales ne sauraient produire à elles seules l'inflammation du cœcum. Il se fonde sur ce qne l'on voit fréquemment des individus atteints de constipation opiniatre et par conséquent d'accumulation de matières dans l'intestin (ce que l'on peut constater souvent

à la percussion et à la palpation), ne présenter aucun simptôme inflammatoire du côté de l'abdomen ; preuve bien évidente qu'ils ont échappé aux altérations si graves de la typhlite. Il pense donc que, pour qu'il y ait typhlite, la présence d'un corps étranger, qui vient s'implanter dans le cœcum est presque toujours nécessaire. La stagnation des matières ne jouerait ici qu'un rôle secondaire en poussant sur le corps étranger, et l'engageant de plus en plus. »

Mais aujourd'hui cette opinion n'est plus admise et voici comment on explique en général le mécanisme de la production de la typhlite stercorale. Une fois fixées dans le cœcum, les matières intestinales compriment la muqueuse et amènent à la suite la congestion des parois de l'intestin. Sous l'influence de cette congestion, la puissance musculaire s'affaiblit et lorsqu'elle est vaincue, de nouvelles matières s'ajoutent sans cesse aux premières, les enfoncent de plus en plus et augmentent la compression qui existait dès le début. La muqueuse de plus en plus congestionnée se gonfle, dimimue le calibre intestinal et offre à la circulation un nouvel obstacle. Son inflammation peut être assez vive pour donner lieu à la prodution d'ulcères, et si le corps étranger, cause première de tous ces accidents, n'est pas expulsé, les complications les plus graves peuvent survenir.

Dans l'armée de mer, deux causes principales nous semblent dominer dans la production de la typhlite stercorale. C'est tout d'abord le régime alimentaire. Si à terre la marine peut varier son régime, avoir des légumes frais et du pain à tous les repas, au cours d'une campagne il n'en est pas de même. Alors le biscuit dont le rôle comme agent de constipation est bien connu, les viandes de conserves forment une part importante dans son alimentation. Il n'en est pas de même des légumes frais. On ne peut s'en procurer qu'au

mouillage. Or, on sait que ce sont les légumes surtout qui par leur trame fibreuse réfractaire à la digestion favorisent les garde-robes, en exerçant sur la muqueuse intestinale une stimulation salutaire. Ce sont précisément ces aliments qui, par la force des choses, n'occupent pas une place assez importante dans le régime du marin.

Une autre cause de constipation, et par suite de typhlite, se retrouve dans les exercices violents auxquels sont soumis les marins, soit dans le navire (exercices du fusil, du canon) soit dans la mâture. Citons encore les marches fatigantes que font les soldats. Toutes influences qui sont très marquées dans la production de la constipation.

C'est un fait avéré que, dans les pensionnats anglais, si la constipation est plus fréquente que dans les nôtres, cela est dû, non seulement au régime alimentaire des jeunes anglais, mais encore aux exercices auxquels ils se livrent avec ardeur (lawn-tennis, boxe, etc.)

Comment expliquer le mécanisme de l'inflammation du cœcum à la suite de ces exercices ?

D'après le Dr Blatin, les aliments traverseraient trop rapidement les intestins et viendraient remplir brusquement la cavité cœcale.

Nous retrouverons cette étiologie dans l'une des observations résumées plus loin.

## § II. — **Symptômes.**

La typhlite est souvent précédée d'une diarrhée abondante ou, au contraire, d'une constipation opiniâtre. Puis apparaissent deux symptômes carastéristiques : la douleur et

l'apparition d'une tumeur dans la fosse iliaque droite. La douleur s'établit d'ordinaire brusquement. Elle occupe la région cœcale, elle s exagère par la pression et les mouvements du tronc. De plus, elle s'irradie quelquefois du côté des lombes et de la cuisse droite.

La tumeur peut être produite par la présence dans le cœcum de corps étrangers, de matières stercorales, ou par le cœcum lui-même dont les parois sont gouflées. Elle a naturellement la forme de cette partie de l'intestin. On peut la limiter à la percussion, plus facilement à l'extrémité inférieure qu'à l'extrémité supérieure. Elle est cylindrique, mate si elle est d'origine stercorale, ne présentant que de la submatité si elle est due au gonflement des parois intestinales.

Outre ces symptômes, on constate le plus souvent soit une diarrhée abondante, soit une constipation opiniâtre.

La constipation, si le cœcum est obstrué complètement par des matières. Mais si le cours des matières n'est pas intercepté, il existe une diarrhée plus ou moins abondante, occasionnée par les sécrétions de la muqueuse enflammée.

Le tympanisme est fréquent, ainsi que l'embarras gastrique. La fièvre n'existe pas toujours. En général, elle n'est pas forte.

### § III. — **Marche.**

Ces symptômes persistent un temps variable, puis s'amendent. Sous l'influence du traitement, des purgatifs, des antiphlogistiques, l'empâtement de la région cœcale diminue, les selles deviennent plus régulières, et le malade guérit. Mais il reste prédisposé aux rechutes, ainsi que nous le verrons dans une des observations.

## § IV. — **Complications.**

Nous ne pouvons que les signaler.

1° *Périty phlite.* — La plus fréquente est la périty phlite, c'est-à-dire la propagation de l'inflammation du cœcum au tissu cellulaire environnant.

Cette complication serait même la règle ordinaire. « Nous croyons avec la plupart des auteurs, dit le Dr Paulier, que la typhlite proprement dite, c'est-à-dire l'inflammation portant uniquement sur les parois du cœcum, est rare et qu'elle s'accompagne presque toujours de périty phlite, à un degré plus ou moins marqué. »

Dans le courant de la maladie, on voit tout-à-coup la fièvre s'allumer et la tempétature s'élever à 39°. En même temps, se produisent des nausées et des vomissements, et à la palpation, on perçoit une tumeur profonde mal limitée qui devient de plus en plus superficielle et aboutit, dans les cas ordinaires, à la suppuration. Le pus s'évacue tantôt dans l'intestin, le colon, le rectum, etc. Le malade est pris de diarrhée. La guérison peut se faire ainsi; mais si l'abcès s'ouvre dans le péritoine, le **pro**nostic devient très grave.

### 2° *Perforation du cæcum.*

Par suite de l'irritation de cet organe, il peut se faire un travail ulcératif qui aboutit à la perforation. Alors les matières que renfermait le cœcum sortent par l'ouverture produite : « Si, dit Jaccoud l'ouverture a lieu en arrière,

» dans la région où l'intestin n'a pas de revêtement séreux, » l'épanchement des matières se fait dans le tissu cellulaire » iliaque et donne naissance à un phlegmon gangreneux » (abcès stercoral) avec infiltration de gaz; si la perforation » siège sur les parties antéro-latérales du cœcum, elle » intéresse la séreuse, et l'épanchement provoque une » péritonite générale sur-aigüe, à moins qu'au préalable » une péritonite par propagation n'ait circonscrit par des » adhérences la région cœcale. Dans ce cas, l'épanchement » est d'abord enkysté; mais l'inflammation qu'il produit » peut prendre le caractère ulcératif et donner lieu à des » perforations secondaires de la paroi abdominale, de » l'intestin grêle ou de quelque organe voisin, notamment » de la vessie. Dans toutes ces circonstances, c'est une » maladie nouvelle qui est constituée, dont la typhlite n'est » plus que la cause. »

3° L'appendice vermiculaire peut être atteint, perforé par des noyaux ou d'autres corps étrangers. La péritonite peut être la conséquence de cette perforation.

*4° Occlusion intestinale.*

Tous les symptômes de l'occlusion intestinale peuvent compliquer la typhlite. C'est surtout dans le cas de typhlite stercorale qu'ils peuvent se montrer, car alors l'amas fécal peut remonter assez haut pour obturer la valvule iléo-cœcale et empêcher le passage des matières de l'intestin grêle dans le colon.

## § V. — **Diagnostic.**

On fera le diagnostic en recherchant les symptômes signalés plus haut.

Le phlegmon iliaque se distinguera de la typhlite à la vivacité de la fièvre, l'empâtement général de la région, la difficulté des mouvements de la cuisse et plus tard la fluctuation.

La simple accumulation de matières fécales dans le cœcum sans inflammation des parois, c'est-à-dire sans typhlite, se reconnaîtra à l'absence de douleurs et à la disparition de tous les symptômes sous l'influence d'un purgatif.

## § VI. — **Traitement.**

Le repos au lit.

Les antiphlogistiques sur la fosse iliaque droite : les sangsues, les cataplasmes émollients.

Les pommades résolutives : pommades mercurielle, belladonnée.

Le collodion élastique, les vésicatoires volants.

Contre la constipation, les lavements émollients et les purgatifs administrés avec prudence, de préférence les purgatifs huileux.

# *DEUXIÈME PARTIE*

## OBSERVATIONS

### Observation I.

R..., Henri, vingt-un ans, soldat au 2me régiment d'infanterie de marine. Entré à l'hôpital le 23 octobre 1886. T. S., 38°2.

24 octobre. — T. M., 37°5; T. S., 38°. Malade depuis quatre jours. Début par de violentes coliques et quelques vomissements.

Actuellement les douleurs de ventre persistent, les vomissements ont cessé. La paroi abdominale est gonflée, dure, la pression en est très douloureuse, surtout au niveau de la partie médiane dans la région ombilicale. Pas de selle depuis deux jours. Langue sale. Facies grippé, pâle. Urines rouges.

25 octobre. — T. M., 37°5; T. S., 37°6. Nombreux vomissements bilieux dans la journée d'hier, procurant un soulagement passager, sensation de pesanteur au niveau du foie. Douleur généralisée dans l'abdomen.

Empâtement des parois abdominales, pas de tympanisme ; constipation opiniâtre, pas de signes d'obstruction intestinale.

26 octobre. — T. M., 36°4 ; T. S. 38°. — Le malade a eu de nombreuses selles pendant la nuit, elles ont apporté un grand soulagement à son état, douleurs persistantes dans l'abdomen mais elles sont beaucoup moins violentes.

Abdomen toujours empâté, léger tympanisme ; quelques anses intestinales se dessinent à la surface de l'abdomen. Induration manifeste sur le trajet des colons.

Légère saillie de la vessie. Le cathétérisme est pratiqué. Urines peu abondantes, 100 grammes.

27 octobre. — T. M., 37°5 ; T. S., 38°3.

28 octobre. — T. M., 38° ; T. S.. 38°4.

29 octobre. — T. M., 38° ; T. S., 38°4. — Bouffées de chaleur suivies de sueurs ce matin. Ventre tendu, empâtement très marqué à droite, 6 selles liquides dans la nuit. Soif persistante.

1er novembre. — T. M., 37°4 ; T. S., 37°6. — Selles grumelées, panachés, nombreuses.

2 novembre. — T. M., 37°2 ; T. S., 37°6. — Coliques cette nuit ; 7 selles jaunâtres depuis hier matin ; vomissements alimentaires cette nuit ; ballonnement ; langue suburrale.

5 novembre. — T. M., 37°2 ; T. S., 39°. — Les vomissements ont cessé depuis hier, les selles renferment seulement du lait caillé.

7 novembre. — T. M., 37°4 ; T. S., 38°4. — Etat général amélioré ; ballonnement du ventre persistant ; léger tympanisme avec empâtement de la région typhlique ; dyspnée avec douleur localisée dans le côté droit.

Le 4 décembre, le malade guéri est mis exeat.

Dans cette observation, nous voyons se présenter la plu part des symptômes qui appartiennent à la typhlite simple.

Cette affection survient chez un homme de 21 ans. Nous avons vu plus haut que c'est à cet âge, entre 20 et 30 ans que cette affection se présente d'ordinaire. Elle a été causée dans ce cas par la constipation. Pas de selles depuis deux jours quand il entre à l'hôpital. Puis, le 25 octobre, nous voyons que la constipation est toujours opiniâtre. Il y a une induration manifeste sur le trajet du colon et au niveau du cœcum. C'est donc bien en présence d'une typhlite stercorale que nous nous trouvons. Mais, est-ce la marche, est-ce l'alimentation qui a provoqué cette constipation? Il nous a été impossible de répondre à cette dernière question... Rien n'est dit, à ce sujet, sur la feuille de clinique.

... Les autres symptômes de la typhlite se présentent aussi : c'est la langue saburrale ; ce sont les vomissements bilieux, alimentaires, les coliques indiquant l'irritation intestinale; puis survient le tympanisme dû à la fois à l'obstacle que la tumeur stercorale oppose au passage des gaz, et aussi, évidemment, à la paralysie de la tunique musculaire de l'intestin.

Enfin, sous l'influence du traitement les symptômes s'amendent, la constipation disparait et fait place à une diarrhée abondante. Le tympanisme, l'empatement et la douleur prédominante à la région typhlique diminuent, et le malade guérit.

La température a bien, elle aussi, la marche qu'elle présente d'ordinaire dans la typhlite. Elle n'est pas très élevée, elle oscille entre 38° et 39° — et encore n'atteint-elle ce dernier degré que deux ou trois fois seulement, — tandis que s'il y avait eu périty phlite bien marquée, elle eût été plus élevée, comme nous le verrons dans l'observation deuxième qui présente un cas de typhlo-périty phlite.

### Traitement.

Au début, *traitement local* : Onction avec huile de camomille, cataplasme sur l'abdomen, puis onctions belladonées. Traitement général : les purgatifs, huile de ricin ; lavements au séné et au sulfate sodique, huile de croton ; eau de sedlitz, etc... contre les vomissements, potion de Rivière.

Comme régime alimentaire : bouillon, lait, œufs, puis soupe, tapioca, et enfin des aliments de plus en plus substantiels.

---

### Observation II

G.... Eugène, vingt-deux ans, artilleur de la marine. Entre à l'hôpital le 20 mars 1885.

Malade depuis dix jours. Le mal a débuté par des douleurs lancinantes dans la fosse iliaque droite ; à ce moment, le malade était atteint de diarrhée assez intense. Ces douleurs lancinantes ont persisté pendant deux jours environ, sans manifestation externe au point douloureux.

Au bout de deux jours, un gonflement sans rougeur s'est manifesté dans la fosse iliaque droite.

Ce gonflement s'est accusé de jour en jour et est devenu assez volumineux et assez douloureux pour empêcher le malade de boutonner son pantalon au niveau de la ceinture.

Ce gonflement a duré deux jours avec son maximum, puis il a peu à peu diminué. En même temps que le gonflement se manifestait, les vomissements bilieux se sont produits et la diarrhée a été remplacée par de la constipation opiniâtre.

Le malade attribue ces symptômes au régime de biscuits avariés et de viande salée dont il a dû se nourrir à l'île des Maures pendant plusieurs jours.

Au moment de son entrée à l'hôpital, le malade présente la température élevée de 41°.

Il se plaint d'une douleur vive dans la région abdominale. L'examen de cette région fournit les signes suivants : pas de voussure sensible, en un point quelconque de l'abdomen; douleur très vive à la pression la plus légère dans la fosse iliaque droite et s'irradiant jusque vers les lombes; sensation d'empâtement de la région sans délimitation précise.

*Signes fonctionnels.* — La fonction de digestion présente des troubles marqués : perte de l'appétit; intolérance de l'estomac pour les aliments même liquides, vomissements bilieux, constipation opiniâtre.

La langue est blanche, mais humide; rien du côté de l'appareil circulatoire; rien du côté de l'appareil respiratoire.

21 mars, T. M., 38°2; T. S., 39°. — Le malade a un peu dormi cette nuit. Sept selles liquides brun foncé dans les vingt-quatre heures. Vomissements abondants et fréquents de liquide bilieux dans lequel nagent des grumeaux de caseum coagulé.

Intolérance de l'estomac pour les aliments même liquides.

Ce matin, on constate une diminution sensible de l'empâtement au niveau de la fosse iliaque droite, la douleur à la pression est aussi beaucoup moins vive en ce point, mais toujours aussi intense sur la partie latérale droite de l'abdomen et jusqu'aux lombes.

La langue est blanche, un peu sèche; le malade présente une teinte sub-ictérique des téguments plus marquée que la veille.

Les urines contiennent de légères traces d'albumine.

23 mars, T. M., 38°5; T. S., 39°3. — Huit selles brunâtres liquides dans les vingt-quatre heures. Le malade a un peu dormi. L'état général semble meilleur ce matin. Les vomissements ont bien diminué dans la journée d'hier et ont cessé dans la nuit. Ce matin, les symptômes locaux semblent amendés, douleur moins vive à la pression.

23 mars, soir. — A la suite de son lavement, le malade a eu une selle demi-pâteuse.

24 mars, T. M., 38°5 ; T. S, 40°1. — Sept à huit selles liquides dans les vingt-quatre heures ; malgré cela, expulsion de peu de matières fécales. Le malade a un peu dormi cette nuit. Epistaxis. Le ventre n'est pas ballonné. Pas de vomissements, pas de nausées, soif assez vive.

25 mars, T. M., 39°1 ; T. S, 39°9. — Selles liquides fréquentes et assez abondantes, quelques fragments durs de matière fécales. La douleur abdominale persiste toujours.

26 mars, T. M., 39°8 ; T. S, 39°4. — Huit selles liquides dans les vingt-quatre heures. Elles sont essentiellement constituées par un liquide jaunâtre dans lequel nagent quelques fragments durs de matières fécales.

Ce matin, le facies du malade est reposé.

28 mars, T. M., 39°5 ; T. S, 39°6. — Huit selles liquides dans les vingt-quatre heures. Ces selles sont jaunâtres et contiennent des parcelles de lait coagulé.

Les vomissements ont reparu. Le malade a rejeté hier soir le bouillon qu'il venait de prendre, en outre une assez grande quantité de bile. Les nausées sont fréquentes. Pas de hoquets.

La langue est recouverte d'un enduit assez épais, mais elle est humide. Les symptômes abdominaux ne semblent pas s'amender.

Le ventre est empâté au niveau de la fosse iliaque droite. La douleur est vive à la pression et s'irradie vers les lombes. La douleur au niveau des attaches du diaphragme est sensiblement

diminuée. Les urines sont claires et contiennent de légères traces d'albumine.

29 mars. — Quatre selles liquides dans les vingt-quatre heures. Apparition de sudamina.

30 mars, T. M., 38° ; T. S, 38°7. — Trois selles liquides dans les vingt-quatre heures, mêmes signes abdominaux. Les sudamina d'abord localisés à la fosse iliaque droite sont ce matin disséminés sur toute la région abdominale.

3 avril, T. M., 37°8; T. S, 39°5. — Cinq selles liquides. Le malade à un peu dormi.

Les signes abdominaux s'améliorent de jour en jour. Pas de voussure en un point quelconque de l'abdomen. Sonorité à la percussion dans les deux fosses iliaques. Elasticité des parois. Pas de douleur à la pression dans la fosse iliaque droite.

4 avril. — Depuis deux ou trois jours, le malade ressent au niveau de l'épine du pubis à droite des douleurs lancinantes assez aiguës et ressenties à intervalles éloignés.

5 avril, T. M., 38°8; T. S., 39°6; P. 104; R. 28. — Toux cette nuit. A l'examen de l'appareil respiratoire, on ne constate qu'un seul signe anormal, une matité prononcée à la base du poumon droit en arriére.

Cette matité paraît due au foie soulevé par les intestins gonflés de gaz, car au-dessous de cette matité, au niveau de la région lombaire, on constate une sonorité très prononcée. De plus, la percussion de la paroi antérieure du thorax montre que le foie s'élève jusqu'au niveau du mamelon.

8 avril, T. M., 37°4. sept selles liquides jaunâtres... Un peu d'empâtement dans la fosse iliaque droite.

10 avril, T. M., 38°; T. S., 39°4.— Trois selles liquides jannes. Nuit bonne. L'élasticité du ventre revient de plus en plus. A la

palpitation profonde, on sent la présence d'un corps induré dans la fosse iliaque droite. Pas de douleur vive à la pression.

12 avril, T. M., 38°8; T. S., 39°5. — Trois selles liquides. Nuit assez bonne. Vomissements, suite de quinte de toux.

13 avril. — Trois selles, quelques matières un peu dures. Un vomissement, à la suite d'une quinte de toux.

14 avril. — Trois selles liquides. Douleur vive au niveau de l'arcade crurale droite.

15 avril. — Trois selles liquides. Sueurs abondantes la nuit. A l'examen de l'appareil respiratoire, on constate une matité marquée à la base du poumon droit. Les vibrations thoraciques sont transmises. A l'auscultation en ce point, on entend la respiration voilée, mais avec ses caractères normaux.

19 avril, T. M., 37°8; T. S., 39°2, P., 80, R., 24.

20 avril, T. M., 38°; T. S., 38°5. — Quelques gargouillements dans la fosse iliaque droite. Vomissements après ingestion d'eau vineuse.

24 avril. — Une selle un peu moins liquide que celles des jours précédents. Toujours de la douleur dans la fosse iliaque droite.

27 avril. — T. M., 36°6; T. S., 38°5. — Une selle un peu pâteuse. Nuit bonne, quelques coliques, l'appétit revient.

30 avril. — T. M., 37°5; T. S. 38°2. — Le mieux s'accentue de plus en plus. La souplesse est presque égale dans les deux fosses iliaques. Les douleurs de la base de l'hemi-thorax droit et de la fosse iliaque droite sont dissipées. Etat général satisfaisant. Plus de diarrhée. Appétit.

3 mai. — T. M., 37°5; T. S. 39°5. — Deux selles un peu solides. Syncope d'une durée de dix minutes ce matin.

9 mai. — T. M. 37°; T. S., 38°5. — Le malade se plaint de douleurs assez vives dans la cuisse droite. On constate en effet un peu d'engorgement des ganglions cruraux.

11 mai. — T. M., 39°; T. S., 38°7. — La douleur de la cuisse a disparu.

Du 11 mai au 28 mai, le malade va bien, les symptômes s'amendent.

28 mai. — T. M., 37°; T. S., 37°6. — Cinq selles diarrhéiques. On constate ce matin des gargouillements très abondants dans la fosse iliaque droite. Ces gargouillements existent aussi, mais moins abondants, dans le reste de l'abdomen. Pas de douleur à la pression.

2 juin. — T. S., 37°8. — Teinte générale très pâle, tirant un peu sur le jaune.

*Examen abdominal.*

Inspection. — Ventre un peu rétracté.

*Palpation.* — Ventre mou, facilement dépressible, douleur à la pression profonde dans les flancs droit et gauche, on ne sent pas de tumeur.

Percussion. — Sonorité normale; langue blanchâtre. appétit conservé, pas de vomissements, les digestions ne sont pas pénibles, plus de coliques après les repas, selles jaunâtres contenant des mucosités.

*Appareil respiratoire.* — Le malade tousse un peu; tous les hivers il a des bronchites; pas d'antécédents tuberculeux héréditaires, toux peu fréquente, expectoration peu abondante, pas d'hémoplysie, de dyspnée ni d'opression.

*Inspection.* — Submatité sous la clavicule droite, quelques craquements tantôt à l'inspiration, tantôt à l'expiration, rien par ailleurs.

14 juin. — Pas de fièvre. Poids, 56 kilogrammes. Le malade est amaigri. Pâleur généralisée de la peau. Décoloration des muqueuses.

Les fonctions digestives s'accomplissent bien, l'appétit est revenu. Langue bonne. Une selle pâteuse dans les vingt-quatre heures. La région abdominale n'est pas douloureuse même à la pression.

19 juin. — Hier dans la matinée, le malade, étant levé, a été pris de vertiges accompagnés de grande faiblesse.

Hier soir, un peu de fièvre ; le matin, le malade se sent mieux. Trois selles moitié liquide dans les vingt-quatre heures.

28 juin. — 53 kilogr. 600. Examen de l'appareil respiratoire. Respiration saccadée. Expiration prolongée sous les deux clavicules. Obscurité du murmure vésiculaire dans la plus grande partie des poumons en arrière.

Pâleur généralisée. Décoloration des muqueuses. Amaigrissement. Ventre rétracté toujours un peu sensible dans les deux fosses iliaques. Une selle moulée par vingt-quatre heures.

4 juillet. — Le malade obtient un congé de convalescence de trois mois.

Dans cette observation, les symptômes observés ont été beaucoup plus complexes que dans la première. Le diagnostic porté a été celui de typhlo-périty phlite, et il paraît justifié, par le mode de début de l'affection, le siège spécial des douleurs, la marche élevée de la température.

Examinons rapidement l'étiologie de la maladie, puis nous dirons quelques mots de la marche, des symptômes, de la terminaison, du traitement de ce cas de typhlo-périty phlite.

## I. — **Etiologie.**

Notre malade, au moment où il s'est senti souffrant, était détaché à l'île des Maures où existe probablement une batterie. C'est là, dit-il, qu'il a été pris de diarrhée intense et de douleurs lancinentes dans la fosse iliaque droite, après avoir mangé de la viande salée et du biscuit avarié. Ce sont donc les aliments qui doivent être incriminés et qui auront déterminé une tumeur stercorale dans le cœcum, en même temps que de l'entérite, et, à la suite, des vomissements et du tympanisme.

## II. — **Symptômes.**

En lisant cette observation, on est tout d'abord frappé de la longue durée de la maladie. Le malade entrait le 20 mars 1885 à l'hôpital. Il en est sorti le 4 juillet. Du 20 mars jusqu'au jour où il a pu être considéré comme convalescent, deux mois et demi se sont écoulés. Jamais, dans un cas de typhlite simple, la maladie n'eût présenté cette durée, ni d'ailleurs cette température ; car pendant ce temps la fièvre

a été persistante et s'est maintenue entre 38° et 39°, et encore a-t-elle été combattue.

Il y a donc eu des complications. Elles ont été particulièrement les suivantes : périty phlite, entérite, développement de tubercules aux sommets des poumons.

## III. — **Périty phlite.**

En effet, l'observation accuse à plusieurs reprises : douleur très vive à la pression dans la fosse iliaque droite, une sensation d'empâtement au même point sans délimitation précise. Cette douleur s'irradie tantôt vers les lombes, tantôt vers l'arcade crurale et gagne même la cuisse droite. La résolution paraît avoir été ici la terminaison : nulle part on ne parle de formation d'un abcès, d'un phlegmon iliaque, et encore moins de l'évacuation d'un foyer purulent, soit par l'intestin, soit par toute autre voie. Au contraire, à mesure que la maladie avance, les douleurs diminuent, l'empâtement disparaît, l'élasticité revient.

## IV. — **Entérite.**

Elle est due à une fluxion irritative. Il y a eu tout d'abord irritation intestinale par aliments de mauvaise qualité, puis cette irritation a été entretenue par la présence, dans le gros intestin, de matières stercorales durcies ; et dans le cours de

l'observation, nous trouvons la plupart des symptômes de l'entérite : douleurs, coliques, vomissements, évacuations diarrhéiques, tympanisme.

## V. — Complications pulmonaires.

Le malade n'avait aucun antécédent tuberculeux héréditaire, et à son entrée à l'hôpital, ne présentait rien d'anormal dans l'appareil respiratoire.

Cependant le 2 juin, le malade étant pris fréquemment de quintes de toux, on ausculte les poumons et on constate de la submatité sous la clavicule droite; quelques craquements, rien par ailleurs.

Le malade dit que, tous les hivers, il a des bronchites fréquentes. Etant donnée cette poussée tuberculeuse dans les poumons, on pourrait se demander s'il n'y a pas eu entéro-colite tuberculeuse.

Mais, dans ce cas, la tuberculose intestinale eût été primitive; or, dit Jaccoud, la tuberculose intestinale est extrêmement fréquente en tant qu'expression secondaire d'une tuberculose généralisée ou pulmonaire. Elle est très rare comme maladie primitive et n'est observée, avec ce caractère, que chez les enfants.

De plus, dans le cas présent, si on trouve les douleurs dans la région ilœo-cœcale, si fréquentes dans la tuberculose intestinale, on ne trouve ni les épreintes et le ténesme, ni les poussées aiguës de péritonite limitée qui apparaissent dans la tuberculose. D'ailleurs, la marche de la maladie vers la guérison, la disparition de la diarrhée, etc., nous éclairent suffisamment à ce sujet.

## VI. — **Terminaison.**

La convalescence a été longue : le malade, anémié et amaigri, reprit des forces pendant trois mois de congé et, cependant, à son retour au corps, il disait ne pouvoir faire son service.

Le 15 octobre, il entrait de nouveau à l'hôpital. La feuille de clinique constate qu'il a beaucoup repris : il a fréquemment de la diarrhée cependant.

Le 27 octobre, il est mis exeat. Poids : 71 kil. 800 gr.

## VII. — **Traitement.**

### 1° *Traitement local.*

Pommade belladonée et cataplasmes sur le ventre. — Sangsues. — Cataplasmes. — Onction mercurielle belladonée coton. — Vésicatoire sur la fosse iliaque droite. — Onction mercurielle. — Cataplasme.

Sur la poitrine : teinture d'iode, etc.

Tels ont été les principaux agents employés successivement dans le cours de la maladie, loco dolenti.

### 2° *Traitement général.*

Les purgatifs et les lavements au début. — L'éther, l'opium, la glace, l'eau de seltz contre les vomissements. — Le chloral contre l'insomnie.

Bouillon, lait, comme régime.

Puis, la maladie traînant en longueur, et le malade étant miné par la fièvre et la diarrhée, on a employé :

Le sulfate de quinine, la poudre de Dower, les lavements avec amidon et laudanum, l'extrait de ratanhia, etc., etc.

Thé sucré comme tisane ; bouillon : jus de viande, comme régime alimentaire.

Puis, quand les symptômes se sont amendés, on a tonifié le malade (vins vieux, de coction de Kina, jus de viande, etc.), tout en continuant l'emploi des opiacés et des astringents.

---

### Observation III

Cr... Léon, vingt-deux ans, soldat au 2me régiment d'infanterie de marine, entre à l'hôpital le 27 avril 1884.

T. S., 38°7.

28 avril. — T. M., 38°3; T. S., 38°5.

Cr... Léon est malade depuis trois jours; voulant se lever dans la nuit du mercredi au jeudi, il se sentit pris de douleurs dans le côté droit. Le lendemain, il faisait son service, mais souffrait même beaucoup.

Il passa le vendredi et le samedi à l'infirmerie où on lui administra des purgatifs. La douleur persista et s'accentua surtout dimanche matin; c'est alors qu'il fut dirigé sur l'hôpital.

A l'entrée du malade, on constate une tuméfaction assez nota-

ble de la partie droite de la région abdominale; la palpation permet d'observer l'empâtement de cette région sur laquelle on limite à la percussion une tumeur ovoïde située au niveau du cœcum. Cette tumeur est le siège de douleurs peu vives, quelquefois lancinantes dans l'état de repos, mais qui deviennent plus aiguës à la pression.

Inappétence et insomnie; selle liquide sous l'influence du lavement donné hier.

29 avril. — 37°3; T. S., 38°.

30 avril. — T. M., 37°6; T. S., 37°4.

2 mai. — La douleur et la matité relative ne persistent plus qu'au niveau de l'extrémité inférieure du cœcum.

18 mai. — Poids, 56 kil. 500.

Exeat le 22 mai, a obtenu un congé de convalescence.

Rentre le 31 juillet 1884. — Récidive. Retour des douleurs. Constipation. Empâtement. Embarras gastrique. Rentre de convalescence.

Pendant le premier mois de son congé de convalescence, le malade a éprouvé des douleurs dans la fosse iliaque droite et dans l'hypochondre du même côté le lernier mois.

Depuis deux jours, les douleurs ont reparu. Il a pris un purgatif (sulfate de soude) hier matin. A la suite de ce purgatif, le malade a eu une selle très abondante hier dans l'après-midi.

Matité, douleur et empâtement dans la fosse iliaque droite. La percussion permet de limiter une tumeur ovoïde au niveau du cœcum. Pas de vomissements. Pas de sommeil la nuit.

3 septembre. — Le malade sort guéri.

## Observation IV

M. Léon, dix-neuf ans, ouvrier chauffeur (*Vulcain*), entré à l'hôpital le 30 décembre 1879.

30 décembre, soir. — T. 38°; P. 76.

31 décembre. — T. 37°; P. 88.

Cet homme est arrivé hier soir à l'hôpital, avec le diagnostic typhlite. Dimanche dernier, 28 décembre, il se promenait dans la journée, quand il ressentit subitement des douleurs abdominales très vives et généralisées. Il rentra aussitôt au *Vulcain*; le lendemain, à l'infirmerie, on lui appliqua des cataplasmes, et il prit un lavement émollient.

A ce moment, la douleur se localisa dans l'hypochondre droit. Depuis qu'il est malade, cet homme a très peu mangé. Peu de constipation. Il ne sait à quelle cause attribuer son état; il n'a reçu aucun coup sur le ventre, n'a rien mangé de trop indigeste, pas de fruits à noyaux. D'ordinaire, il va bien à selle. Dans la nuit de dimanche à lundi, il a eu des vomissements assez abondants bilieux. On constatait, chez cet homme, un gonflement notable de l'hypochondre droit, au niveau du cœcum; douleur très vive à la pression, presque nulle de l'autre côté du ventre. Très léger mouvement fébrile. Sous l'influence des sangsues, ce matin, la tuméfaction a notablement diminué, douleur moindre aussi. Le ventre est libre; une selle dans la nuit. Langue assez bonne, un peu d'appétit, pas de fièvre. Langue saburrale. Le malade tousse assez fréquemment, il crache aussi. Quelques râles de bronchite dans la poitrine.

31 décembre, soir. — T., 38°4, P., 86.

1er janvier 1880. — Un peu de sommeil cette nuit. Les douleurs abdominales ont un peu diminué. La tuméfaction de la fosse iliaque est moins marquée, encore douloureuse à la pression et cinq selles liquides cette nuit. Pas de vomissements. —T., 37°, P. 75°; Soir, T.37°2, P., 88.

2 janvier. — Nuit bonne. Les douleurs ont presque disparu. — T., 37°. — Le ventre n'est plus douloureux qu'à la pression.

3 janvier.—37°5, P., 80.— Toux fréquente. Crachats assez abondants, muco-purulents. Quelques râles sibilants et sous-crépitants disséminés dans toute l'étendue de la poitrine.

10 janvier.— Etat général satisfaisant. Plus de douleurs à l'abdomen, même à la pression. L'appétit est bon, les selles sont régulières. La toux est beaucoup moins fréquente. Expectoration presque nulle. L'examen de la poitrine ne révèle plus de signes de bronchite.

14 janvier.— Sort guéri. Traitement : Sangsues, puis cataplasmes laudanisés sur la fosse iliaque droite. Purgatifs. Lavements.

Ces deux dernières observations, au point de vue symptomatique, rappellent celles que nous avons examinées précédemment. Aussi, les analyser serait nous exposer à d'inutiles répétitions. Nous ferons seulement remarquer que, dans l'Observation III, on se trouve encore en présence d'un cas de typhlite stercorale. Dans l'Observation IV, au contraire, aucun symptôme ne rappelle cette forme de typhlite, et l'étiologie n'a pu être établie.

Multiplier ces exemples serait aussi facile que superflu. En 1884, à bord du vaisseau *Ecole des canonniers* « le Souverain », nous avons vu un matelot soigné pendant plusieurs jours à l'infirmerie pour une constipation opiniâtre qui résista à tous les traitements. Il présentait au niveau de la

fosse iliaque droite une tumeur dure, allongée, de la forme du cœcum, facile à délimiter à la palpation. Il fut dirigé sur l'hôpital d'Antibes. Un phlegmon iliaque se développa, fut ouvert, et l'homme guérit.

En résumé, nous pouvons conclure:

1° Que la typhlite est relativement fréquente dans l'armée de mer, tant chez les matelots que chez les soldats d'artillerie et d'infanterie de marine.

2° Que généralement elle est produite par la constipation.

Mais cette constipation est-elle due au régime alimentaire du marin, aux exercices violents auxquels il est soumis ainsi que le soldat? C'est probable, nous ne pouvons cependant l'affirmer absolument. Car, dans les observations que nous avons résumées, une seule est explicite à cet égard. Dans les autres, on n'a pas songé à rechercher ce point. Peut-être, l'interrogation des malades dirigée de ce côté eût-elle permis de répondre plus affirmativement.

Vu bon à imprimer :

*Le président de la Thèse,*
Dr DE FLEURY.

Vu : *Le Doyen,*
Dr PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 26 Mars 1887.

*Le Recteur de l'Académie,*
H. OUVRÉ.

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique,*
Art. Typhlite.

*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales,*
Art. Constipation.

JACCOUD.... *Traité de Pathologie interne,* t. II.
Art. Typhlite.

BLATIN, A... *Recherche sur la typhlite et la périty phlite*
(Thèse de Paris 1868).

PAULIER.... *Contribution à l'étude de la typhlite et de la pérityphlite*
(Thèse de Paris, 1875).

Bordeaux, Imprimerie O.-L. FAVRAUD, 91, rue Porte-Dijeaux.